



Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
(Präventionsgesetz – PräVG, Referentenentwurf vom 20.10.2014)

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und ihre Mitgliedsorganisationen

- **Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe (VDBD)**
- **Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M)**

begrüßen, dass die Bundesregierung den Gesetzesentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention gemäß der Vorgabe des Koalitionsvertrages nun auf den Weg bringt.

Wir stimmen zu, dass die Zunahme schwerwiegender chronischer Erkrankungen, die häufig mit dem heutigen Lebensstil assoziiert sind, effizientere und nachhaltigere Präventionsangebote und somit eine Neuausrichtung der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung erfordern. Insbesondere begrüßen wir, dass „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ explizit als vorrangiges Gesundheitsziel genannt wird.

Mit Art. 1, SGB V, Einfügung nach §1 Satz 1: „Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten“ wird die gesundheitliche Prävention und deren Finanzierung schwerpunktmäßig an die Eigenverantwortung der Versicherten delegiert. Vernachlässigt wird hier, dass es Menschen heute schwer gemacht wird, sich in einer zunehmend adipogenen Umwelt gesund zu verhalten. Eine moderne Verhältnisprävention, wie sie heute auch von der Weltgesundheitsorganisation und den Vereinten Nationen gefordert wird, erschöpft sich nicht in Setting-Ansätzen, sondern schließt eine Regulierung kritischer Bereiche mit ein, auf die in diesem Referentenentwurf ganz verzichtet wird – obwohl positive Erfahrungen mit Regulierung aus dem Tabakbereich bereits vorliegen.

Lösungsansätze für Gesundheitsförderung, speziell die Primärprävention, finden nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf vorrangig im medizinischen Sektor statt, sind im

Wesentlichen auf die Verantwortung des Einzelnen zur Verhaltensänderung zugeschnitten, setzen weiter auf Freiwilligkeit der Träger in den Settings und berücksichtigen nicht populationsbasierte, strukturelle Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Umgestaltung der adipogenen Umwelt. Die vorgeschlagenen Maßnahmen greifen zu spät, denn Primärprävention ist nur in der Medizin vorgelagerten Sektoren nachhaltig erfolgversprechend, vor allem durch Veränderungen von Regelstrukturen in Kitas und Schulen und bevölkerungsbasierte, verhältnispräventive Maßnahmen.

Wir kritisieren im Einzelnen folgende Aspekte:

1) Fehlender Health-in-all-policies-Ansatz

Wir erkennen an, dass mit der Einrichtung einer Präventionskonferenz, der angestrebten Vereinbarung von Rahmenempfehlungen, einheitlichen, gemeinsamen Zielen, vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen für eine nationale Präventionsstrategie unter Einbindung von gesundheitsziele.de, Spitzenverbänden der Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern und in Abstimmung mit den Ministerien für Gesundheit, Arbeit und Soziales, Ernährung und Landwirtschaft, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Inneren sowie der Länder sowie mit Beauftragung der BZgA zur Geschäftsführung und der bvpg zur Koordination der fachlichen Beratung im „Präventionsforum“ ein **gesamtgesellschaftlicher Ansatz** gesucht wurde.

Dieser ist jedoch nicht gleichzusetzen mit dem von WHO und UN geforderten „**Health in all policies**“-Ansatz, der alle Politikbereiche auch in den Dienst der gesundheitsförderlichen Umgestaltung der Umwelt stellt und Führungsanspruch durch staatliche Regulation kritischer Bereiche geltend macht, die bislang mit freiwilligen Selbstverpflichtungen nachweislich nicht zu einer Lösung beigetragen haben, sondern Teil des Problems blieben.

Zu den Leitprinzipien des auch von Deutschland angenommenen „Aktionsplans zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012-2016)“ gehören auch: einen Schwerpunkt auf gesundheitliche Chancengleichheit setzen, Gesundheit in allen Politikbereichen berücksichtigen (eingeschlossen Handels-, Fiskal-, Bildungspolitik, Stadtplanung/Städtegestaltung), außerdem: bevölkerungsbezogene und auf die Einzelperson bezogene Ansätze im Gleichgewicht halten. Diese Empfehlungen erkennen an, dass Prävention eine komplexe gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die nicht nur in der Eigenverantwortung des einzelnen Menschen liegen kann. Dessen Möglichkeiten zur nachhaltigen Verhaltensänderung sind auch durch genetische, medizinische, kognitive sowie sozio-kulturelle Gegebenheiten unterschiedlich ausgeprägt.

2) Nicht empfehlenswerte Schwerpunktsetzung auf Verhaltensprävention

- a. **Nach WHO und UN sollte eine moderne Präventionsstrategie heute eher verhältnispräventiv ausgerichtet sein.** Denn die modernen Zivilisationskrankheiten sind ganz wesentlich eine Folge unserer veränderten „**westlichen**“ **Lebensweise und einer adipogenen Umwelt** – mit zu kalorienreicher Ernährung, zu wenig Bewegung und mangelnder Stressbewältigung. Lebensstilmitbedingte, chronische

Krankheiten treten überproportional häufig in bildungsfernen Schichten auf. Fettleibigkeit tritt bei Männern mit niedriger Bildung doppelt so häufig auf wie bei Männern mit hohem Schulabschluss, bei Frauen sogar dreimal so häufig. Die „oberen“ 20% der Bevölkerung in Deutschland leben zehn Jahre länger als die „unteren“ 20.

b. Der angenommene Automatismus, ärztliche Präventionsempfehlungen trafen besonders vulnerable Personen und führten dazu, dass diese vermehrt Krankenkassenkurse besuchten und sich gesünder verhielten, ist Wunschdenken und nicht durch Evidenz belegt. Eine „Nachschulung“ in gesundem Lebensstil kommt nicht nur spät – sie wird auch nicht alle Schichten gleichermaßen erreichen, am wenigsten mutmaßlich die sozio-ökonomisch schlechter gestellten, die an Gesundheitsförderung wenig/er oder nicht interessiert sind und präventiv auch kaum zum Arzt gehen. Zum anderen werden Appelle zur Verhaltensänderung (ärztliche Präventionsempfehlungen) der komplexen Problematik und Genese der Lebensstilmitbedingten chronischen Krankheiten nicht gerecht. „Prävention auf Rezept“ erscheint darüber hinaus eher als Maßnahme der Sekundär- als der Primärprävention. Selbst mit qualitätsgesicherten Programmen zur Gewichtsabnahme und hoch motivierten Teilnehmern haben nur rund 10-15% der Teilnehmer langfristige Erfolge. Daran wird auch die Qualitätsoffensive für Gesundheitsförderungskurse von Krankenkassen nichts ändern, die derzeit auch noch nicht flächendeckend angeboten werden. Nach unserer Meinung wird der Erfolg solcher Programme drastisch überbewertet; insbesondere der nachhaltige Langzeiterfolg, selbst bei größtmöglicher, intrinsischer Motivation der Teilnehmer. Darüber hinaus fehlen in allen Regionen niederschwellige kostengünstige Angebote zur praktischen, langfristigen und nachhaltigen Umsetzung qualitätsgesicherter individueller Präventionsempfehlungen, die in Evidenz-basierten Präventions-Leitlinien erarbeitet und publiziert wurden. Lebensstilmodifikationen könnten unter Umständen besser und nachhaltiger realisiert werden, wenn Ärzte vor Ort mit „Case-Manager Prävention“ kooperieren, die Versicherte gezielt an geeignete lokale Präventionsangebote heranführen („coaching“).

c. Fehlende, verpflichtend umzusetzende Qualitätskriterien in Settings

Unser tägliches Umfeld (= **Verhältnisse**), auch in den sog. Lebenswelten (settings) steht notwendigen Verhaltensänderungen diametral entgegen, angefangen vom Süßigkeiten- und Softdrink-Verkauf, ausfallendem Sportunterricht sowie fehlender qualitätsgesicherter Verpflegung an Schulen, in Betrieben, Büros und anderen Einrichtungen, über XXL-Portionsgrößen in Kinos und in der Fast-Food-Kettengastronomie, an Kinder und Familien gerichtete Werbung für zu süße, zu fettreiche, zu salzige Lebensmittel, desorientierenden Nährwertinformationen auf Lebensmitteln etc.

Seit 8-10 Jahren wird mit **InForm** und der **Plattform für Ernährung und Bewegung (peb)** für Trägerorganisationen von Lebenswelten nicht verpflichtende **Setting-Projektitis** betrieben, deren Nutzen nicht qualitativ evaluiert wurde und die die ungebremste Zunahme von Übergewicht, Adipositas und Diabetes in Deutschland nicht aufhalten konnte, wie die jüngsten Daten der Gesundheitsberichterstattung und der DEGS-Daten des Robert-Koch-Institutes belegen. Wir müssen weg von der Projektitis hin zu nachhaltigen und verpflichtenden Veränderungen von

Regelstrukturen insbesondere in Kitas, Schulen aber auch in Betrieben und Altenheimen.

Die Finanzierung von **Modellvorhaben (§20g)** prolongiert und verbreitert die „Projektitis“ in Deutschland.

d. Förderung von Diskriminierung

Eine Präventionspolitik, die vorrangig auf die Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit setzt, verkennt die Tatsache, dass sowohl ungünstige Erziehung als auch eine ungünstige genetische Disposition es Menschen sehr schwer machen können, einen gesunden Lebensstil zu verwirklichen, zudem erkrankten Menschen auch ungeachtet eines gesunden Lebensstils an chronischen Krankheiten. Eine Überbetonung von Eigenverantwortung kann deshalb gesellschaftlicher Diskriminierung Kranker Vorschub leisten.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung soll gestärkt werden. Insgesamt sollen die Krankenkassen von den sieben Euro hierfür mindestens zwei Euro pro Versichertem zur Verfügung stellen. Grundsätzlich befürworten wir eine Stärkung der Gesundheitserhaltung am Arbeitsplatz, insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der demographischen Entwicklung. Jedoch heißt es im Referentenentwurf (S. 25): „Zudem sind Boni vorrangig am Erfolg der Maßnahmen auszurichten“. Diese Regelung beinhaltet die Gefahr des Gruppendrucks innerhalb eines Betriebes und impliziert, dass „Erfolg“ rein willentlich „herzustellen“ sei – obwohl unterschiedliche genetische Dispositionen der Beschäftigten unterschiedliche Ausgangspositionen und Erfolgswahrscheinlichkeiten nach sich ziehen. Weniger Erfolgreiche können somit günstigere Gruppentarife für alle zum Scheitern bringen. Dies ist für ein gesunderhaltendes Betriebsklima und für die Gesundheit Einzelner nicht förderlich. Es muss sichergestellt bleiben, dass Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung freiwillig bleiben und dass kein Druck auf den Einzelnen ausgeübt wird.

In der internationalen Diskussion vollzieht sich zurzeit ein **Paradigmenwechsel** hin zu einer stärkeren Berücksichtigung von populationsbezogenen, **verhältnispräventiven Maßnahmen**. Die Kernbotschaft lautet: Gesundes Verhalten leichter machen! Wir stimmen der Auffassung von WHO und UN zu, wonach es die Aufgabe der Politik sein sollte, gesundheitsförderliche Umfelder zu schaffen, um so der Gesundheit zuträgliche Entscheidungen zu erleichtern.

Die WHO empfiehlt deshalb höhere Steuern auf Tabak, Alkohol und verarbeitete Lebensmittel mit hohem Fett-, Zucker- und Salzanteil. Sie fordert außerdem, die Werbung für derartige Produkte einzuschränken, insbesondere die auf Kinder zielende Vermarktung. Diese WHO-Forderungen wurden in Europa im Konsens – also auch mit den Stimmen der Bundesregierung – verabschiedet, finden aber im vorgestellten Gesetzesentwurf keine Berücksichtigung.

Wir begrüßen, dass es alle vier Jahre einen **Präventionsbericht** geben soll. Dieser sollte gemäß den eingegangenen Selbstverpflichtungen der Bundesregierung (Political Declaration des 1. UN-Gipfels gegen nichtübertragbare Krankheiten 2011, Global Action Plans on noncommunicable diseases 2013-2020, Abschlußdokument der UN Review noncommunicable diseases 2014) die konsentierten **9 Ziele und 25 Indikatoren** monitorieren,

die Ergebnisse an der Zielstellung messen und Realdaten, keine telefonisch abgefragten Daten bewerten, die tendenziell sozial erwünschte Antworten produzieren..

Wir befürworten, dass die **BZgA** zur gesundheitlichen Aufklärung beitragen soll, insbesondere im Bereich Diabetes Typ 2 und Adipositas. Allerdings sehen wir für die vorgesehen Settings Schule und Kindergarten vorrangig die Notwendigkeit gelebter und erlebter Verhältnis- und Verhaltensprävention, z.B. durch verpflichtende Umsetzung von einheitlichen Kriterien für die Schulernährung und für regelmäßige tägliche Bewegung und/oder Sport (s. Anlage der NCD-Allianz).

Mehr Geld in die Prävention: künftig sollen die Krankenkassen pro Versichertem sieben Euro pro Jahr verbindlich ausgeben. Derzeit liegt der vorgeschriebene Pro-Kopf-Wert bei knapp 3,09 Euro pro Jahr. Die tatsächlichen Ausgaben der Kassen liegen laut GKV-Spitzenverband jedoch bereits heute bei mehr als 4,30 Euro pro Versichertem pro Jahr. Das Plus wird daher weniger als 2,70€ pro Versichertem betragen. Zudem sind in diesen Ausgaben alle Präventions-Aufwendungen, also u.a. auch die für Zahngesundheit und Impfungen enthalten. Mit einem Volumen von ab 2016 von 220-260 Mio €, davon 35 Mio € für die BZgA (Prävention in Lebenswelten) plus 21 Mio € für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen erscheint der Finanzrahmen zu knapp bemessen.

Für die benötigten Mittel werden fast ausschließlich Gelder von Versicherten herangezogen – obwohl die Krankenkassenbeiträge nach dem Ergebnis des Schätzerkreises ab 2015 bereits um durchschnittlich 0,9% steigen werden. Die voraussichtlich weiter steigenden Kassenbeiträge werden die gesundheitliche Chancengleichheit in sozio-ökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsschichten weiter verschlechtern.

Dagegen sind von der WHO und UN empfohlene Maßnahmen der Verhältnisprävention sehr kosten- und nutzeffizient und generieren z.T. noch Einnahmen.

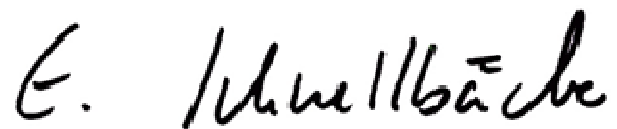
Wir begrüßen die **Einbindung der Fachöffentlichkeit** in Form eines beratenden Gremiums.

In der **Anlage** fügen wir unser Strategiepapier der Deutschen Allianz gegen nichtübertragbare Krankheiten (NCD-Allianz) zur Primärprävention bei mit dem Titel: „Den Tsunami der chronischen Krankheiten stoppen: vier Maßnahmen für eine wirkungsvolle und bevölkerungsweite Prävention“.

Berlin, den 19.11.2014



Prof. Dr. med. Thomas Danne
Vorstandsvorsitzender
diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe



Elisabeth Schnellbacher
Vorstandsvorsitzende VDBD
Vorstand diabetesDE- Deutsche Diabetes-Hilfe



Jan Twachtmann
Vorstandsvorsitzender
Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes

Anlage: Strategiepapier der Deutschen NCD-Allianz zur Primärprävention (12.11.14)

Kontakt:

Dr. Stefanie Gerlach
Leiterin Gesundheitspolitik
diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe
Reinhardtstr. 31
10117 Berlin

E-Mail: gerlach@diabetesde.org

Tel.: 030/ 201 677-14